

MODE DE VIE ET MALADIES CHRONIQUES

ETUDE COVIMPACT

COVID LONG ET SES IMPLICATIONS PHYSIQUES, MENTALES ET SOCIALES

Résultats du suivi à 3 mois

toute une vie en bonne santé



QUI NOUS SOMMES

—

SCIENSANO, ce sont plus de 700 collaborateurs qui s'engagent chaque jour au service de notre devise « toute une vie en bonne santé ». Comme notre nom l'indique, la science et la santé sont au cœur de notre mission. Sciensano puise sa force et sa spécificité dans une approche holistique et multidisciplinaire de la santé. Plus spécifiquement, nos activités sont guidées par l'interconnexion indissociable de la santé de l'homme, de l'animal et de leur environnement (le concept « *One health* » ou « Une seule santé »). Dans cette optique, en combinant plusieurs angles de recherche, Sciensano contribue d'une manière unique à la santé de tous.

Issu de la fusion entre l'ancien Centre d'Étude et de Recherches Vétérinaires et Agrochimiques (CERVA) et l'ex-Institut scientifique de Santé publique (ISP), Sciensano s'appuie sur plus de 100 ans d'expertise scientifique.

Sciensano

Epidémiologie et santé publique - Mode de vie et maladies chroniques

Décembre 2021 • Bruxelles • Belgique

—

Personne de contact :
Pierre Smith • T+32 2 642 57 39 • pierre.smith@sciensano.be

Auteurs :

Pierre Smith

Rana Charafeddine

Sabine Drieskens

Robby De Pauw

Karin De Ridder

Stefaan Demarest

Dieter Van Cauteren

Support administratif et informatique :

Ledia Jani

Nous souhaitons adresser nos vifs remerciements aux personnes qui ont donné de leur temps pour participer aux enquêtes de COVIMPACT et à nos collègues Lize Hermans, Johan Van der Heyden, Jorgen Stassijns et Herman Van Oyen pour la relecture du rapport.

Cette publication doit être référencée comme suit :

Smith P, Charafeddine R, Drieskens S, De Pauw R, De Ridder K, Demarest S, Van Cauteren D. Etude COVIMPACT : COVID long et ses implications physiques, mentales et sociales – Résultats du suivi à 3 mois. Bruxelles, Belgique. Décembre 2021. Numéro de dépôt : D/2021/14.440/84 DOI : https://doi.org/10.25608/wa2y-cs24

TABLE DES MATIÈRES

-

1. Résumé

Actuellement, il n'y a pas de définition consensuelle de la COVID de longue durée et les personnes qui en souffrent présentent différents symptômes, parfois aspécifiques et qui peuvent avoir des causes multiples. Parmi les guides de pratique clinique actuels du COVID de longue durée, ceux du NICE (National Institute for Health and Care Excellence) sont fortement utilisés (NICE, 2020): les symptômes persistent ou se développent après plus de 3 mois et ne peuvent être expliqués par un autre diagnostic. Sur base de cette définition, nous avons choisi de travailler avec la définition suivante de la COVID de longue durée : Présenter **au moins un symptôme** lié à l'infection au COVID-19 trois mois après celle-ci. Selon cette définition, 47% de notre échantillon présente un COVID de longue durée. Cette proportion représente une incidence cumulée des nouveaux cas de COVID de longue durée pendant la période étudiée : parmi les participants infectés à la COVID-19 entre le 30/04/2021 et le 20/06/21, 47% vont déclarer un COVID de longue durée 3 mois après leur infection. Une méta-analyse récente sur la proportion de COVID de longue durée a mis en évidence que 45,9% des personnes présentaient au moins un symptôme lié à l'infection au COVID-19 trois mois après celle-ci (Fernández-de-Las-Peñas et al., 2021).

Les femmes, les personnes avec un plus faible niveau d'éducation, les personnes avec un antécédent de maladie chronique, les personnes en situation d'obésité ou de surpoids et les personnes qui présentaient au moins un symptôme de la COVID-19 en phase aigüe de l'infection sont plus à risque de présenter un COVID de longue durée 3 mois après leur infection. L'âge, le nombre de doses de vaccins COVID-19 au moment de l'infection et le fait d'avoir été hospitalisé suite à l'infection au COVID-19 ne sont pas significativement associé au risque de présenter un COVID de longue durée 3 mois après l'infection.

Au total, 50% des personnes présentant un COVID de longue durée ont au moins 3 différents symptômes 3 mois après leur infection COVID-19. La fatigue / épuisement est le symptôme le plus présent (51%) chez les personnes présentant un COVID de longue durée, suivi par les maux de tête (28%), les troubles de la mémoire et de la concentration (26%), les douleurs musculaires (24%), les difficultés respiratoires (23%), et les troubles du sommeil (20%).

En comparaison aux personnes ne présentant aucun symptôme de la COVID-19 trois mois après leur infection, les personnes présentant un COVID de longue durée rapportent un score plus faible de qualité de vie liée à la santé, plus de difficultés respiratoires modérées et sévères, un niveau de fatigue plus élevé et des prévalences plus élevées d'anxiété et de dépression. Le COVID de longue durée a aussi des conséquences négatives sur la situation professionnelle et économique des individus. Une proportion plus élevée des personnes présentant un COVID de longue durée rapporte avoir été en arrêt maladie, avec un nombre de jours moyen en arrêt maladie de 20 jours dans ce groupe en comparaison à 13 jours chez les personnes ne présentant aucun symptôme 3 mois après leur infection. Enfin, la proportion de personnes rapportant une perte financière modérée et sévère due à l'état de santé lié au COVID-19 est plus élevée chez les personnes présentant un COVID de longue durée.

Cette étude présente un certain nombre de limites et biais potentiels dont il est important de tenir compte. Premièrement, un biais de sélection peut survenir lors de la phase de recrutement car certaines personnes n'ont pas de GSM, elles n'auront donc pas accès au lien par SMS du premier questionnaire (voir 3. Méthodologie). De plus, certaines personnes peuvent ne pas avoir accès à Internet ou les compétences nécessaires pour répondre par Internet. Ainsi, l'échantillon serait initialement biaisé en faveur des personnes plus jeunes ou ayant un statut socio-économique plus élevé. De plus, un biais lié aux participants perdus de vue (qui ne répondent plus aux questionnaires ou qui quittent l'étude) peut survenir car les personnes qui présentent des symptômes de la COVID de longue durée sont potentiellement plus susceptibles de continuer à participer et les personnes perdues de vue pourraient plus vraisemblablement être des participants qui n'ont pas / plus de symptôme de la COVID-19, ou au contraire des personnes décédées.

2. Introduction

Lorsque la pandémie de COVID-19 a commencé, l'accent était d'abord mis sur la gestion des symptômes aigus de la maladie, mais des rapports plus récents sont apparus et indiquent que certaines personnes continuent de ressentir des symptômes au-delà de la phase aiguë de l'infection (Marshall, 2020). Ce syndrome est maintenant appelé « COVID Long » ou « COVID de longue durée ». Actuellement, il n'y a pas de définition consensuelle de la COVID de longue durée et les personnes qui en souffrent présentent différents symptômes qui peuvent avoir des causes multiples. En décembre 2020, le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) a proposé la définition suivante de la COVID de longue durée : Avoir des signes et des symptômes qui se développent pendant ou après une infection COVID-19, pendant plus de 3 mois et non expliqués par un diagnostic alternatif. Une méta-analyse récente sur la proportion de COVID de longue durée a mis en évidence que 45,9% des personnes présentaient au moins un symptôme lié à l'infection au COVID-19 trois mois après celle-ci (Fernández-de-Las-Peñas et al., 2021). Cependant, il y a actuellement peu de données et informations sur les impacts à long terme d'une infection COVID-19 et ses implications physiques, mentales et sociales. Le projet COVIMPACT a pour objectif de constituer une cohorte de personnes testées positives au COVID-19 afin :

- d'étudier l'évolution à long terme d'une infection au COVID-19 sur la santé physique, mentale et sociale
- d'identifier les groupes à risque et les facteurs associés à une évolution favorable / défavorable

COVIMPACT est une étude de cohorte observationnelle prospective en ligne (voir 3. Méthodologie).

Ce rapport fait état des premiers résultats **après 3 mois suivant une infection au COVID-19**, dans les domaines suivants :

- Le COVID de longue durée
- La qualité de vie liée à la santé
- Les difficultés respiratoires
- La fatigue
- La santé mentale
- Le statut d'emploi et la situation économique

Au moment de l'écriture de ce rapport, **1658 personnes** ont répondu au questionnaire de base et au premier questionnaire de suivi (après 3 mois). Les analyses qui suivent ont été réalisées sur cette cohorte de 1658 personnes.

Ce rapport est le premier d'une série de rapports sur les impacts à long terme d'une infection COVID-19 sur la santé physique, mentale et sociale.

3. Méthodologie

3.1. GROUPE CIBLE

Le groupe cible du projet COVIMPACT sont les personnes qui ont eu une infection au COVID-19 confirmée par un test de laboratoire. Lorsqu'un test COVID-19 est positif, le laboratoire envoie les informations à une base de données centrale qui est utilisée par les centres d'appels pour contacter les cas COVID-19 et retrouver leurs contacts. A la fin de l'appel, les agents des centres d'appels informent les personnes âgées de 18 ans et plus de notre étude en ligne et demandent s'ils acceptent de recevoir un lien par SMS pour avoir plus d'information sur l'étude. Le rôle des agents des centres d'appel n'est pas d'expliquer l'étude ou de s'assurer de la participation des personnes, mais simplement de lire un script à haute voix et d'envoyer le SMS aux personnes qui acceptent de le recevoir. Le projet COVIMPACT a obtenu un accord du comité d'éthique de l'UZGent (Commissie voor Medische Ethiek), B.U.N. : B6702021000287.

Les critères d'inclusion dans l'étude sont les suivants :

- Etre âgé de 18 ans et plus,
- Vivre en Belgique,
- Avoir une infection au COVID-19 récemment confirmée

3.2. DESIGN DE L'ÉTUDE

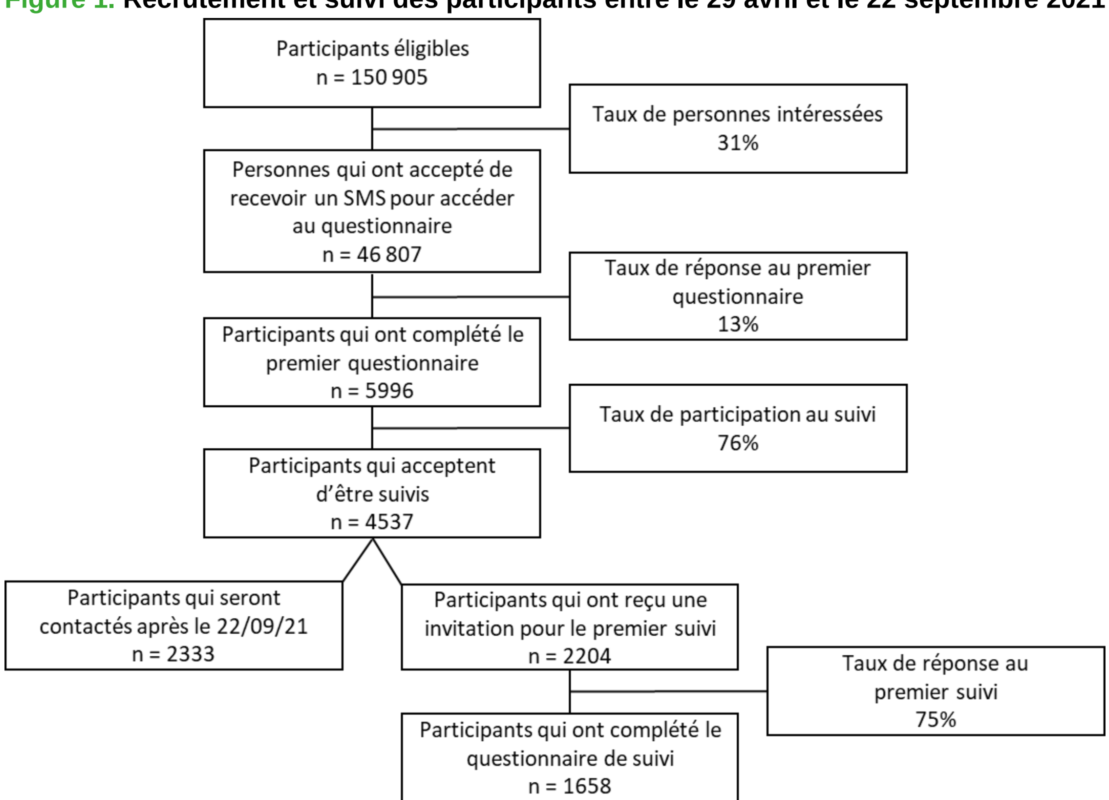
COVIMPACT est une étude de cohorte observationnelle prospective en ligne. Le lien vers le premier questionnaire est envoyé aux participants potentiels par les agents des centres d'appel dans les jours suivant leur test positif au COVID-19 et donc pendant la phase aigüe de leur infection au COVID-19. Les questionnaires de suivi sont envoyés par Sciensano tous les 3 mois suivant l'entrée dans l'étude de la personne et jusqu'à la fin de l'étude en avril 2023 (premiers questionnaires en avril 2021). Pour cela, nous utilisons un système automatisé via la plateforme en ligne Limesurvey et un script sur le logiciel R. Selon le moment où les participants sont entrés dans l'étude, le suivi variera de 3 mois à 2 ans entre les individus.

3.3. NOMBRE DE PARTICIPANTS

Entre le 02/08/21 et le 22/09/21, 2204 invitations ont été envoyées pour le premier suivi à 3 mois et 1658 personnes l'ont complété. Ces 1658 personnes ont donc répondu au questionnaire de base et au premier questionnaire de suivi après 3 mois. Les analyses qui suivent ont été réalisées sur cette cohorte de 1658 personnes.

L'évolution du suivi des participants est présenté dans la figure 1. Entre le 29 avril et le 22 septembre 2021, 150 905 personnes testées positives à la COVID-19 ont répondu aux critères d'inclusion de l'étude. Parmi eux, 46 807 (31%) ont accepté de recevoir un SMS avec un lien vers un site internet contenant plus d'informations sur l'étude ainsi que le lien vers le premier questionnaire. Au total, 5996 personnes ont complété le premier questionnaire (13% de ceux qui ont reçu le SMS) et parmi eux, 4537 (76%) ont accepté d'être suivi dans le temps. Le questionnaire de suivi étant envoyé 3 mois après le premier questionnaire, une partie des participants seront contactés après le 22 septembre. Au total, 2204 personnes sur les 4537 ont été contactés pour compléter le premier questionnaire de suivi à trois mois et 1658 (75%) l'ont complété.

Figure 1. Recrutement et suivi des participants entre le 29 avril et le 22 septembre 2021



3.4. QUESTIONNAIRES

3.4.1. Premier questionnaire

Le premier questionnaire permet d'évaluer l'état de santé initial des participants (avant l'infection au COVID-19) et leur état durant la phase aiguë de la maladie (dans les jours suivant le test positif au COVID-19, au moment du contact avec un agent des centres d'appels) dans les domaines suivants : les symptômes ressentis lors de l'épisode aigu de COVID-19, la qualité de vie, les difficultés respiratoires, une échelle visuelle de fatigue, les limitations fonctionnelles, l'anxiété et la dépression. Enfin, en plus des questions sociodémographiques, nous avons des questions concernant les facteurs de risque ou de protection potentiels : vaccination, maladies chroniques sous-jacentes et comportements de santé.

A la fin du questionnaire nous demandons aux participants s'ils acceptent d'être recontactés pour une étude de suivi, et leur adresse e-mail s'ils acceptent.

3.4.2. Questionnaires de suivi

Les questionnaires de suivi évaluent l'évolution de l'état de santé et des facteurs potentiellement associés à l'infection au COVID-19 dans les domaines suivants : Informations socio-économiques, vaccination, hospitalisation, symptômes persistants ou nouveaux, complications (telles qu'embolie pulmonaire ou thrombose veineuse profonde), qualité de vie, difficultés respiratoires, échelle visuelle de fatigue, limitations fonctionnelles, anxiété et dépression, changements de mode de vie.

Dans chaque questionnaire de suivi, nous demandons aux participants s'ils acceptent d'être recontactés pour le prochain questionnaire de suivi.

En fonction de l'évolution des connaissances sur le COVID de longue durée, certains symptômes ou complications peuvent être ajoutés au questionnaire de suivi. Tous les questionnaires sont disponibles en néerlandais, français, allemand et anglais.

3.5. ANALYSES STATISTIQUES

Les analyses statistiques ont été effectuées avec le logiciel SAS 7.1. Une valeur $p < 0,05$ a été considérée comme statistiquement significative. Des tests T pour échantillons appariés, ANOVA et khi carré ont été utilisés pour évaluer si la distribution des différentes variables était significativement différente entre les personnes souffrant d'un COVID de longue durée et les personnes ne présentant plus de symptôme après 3 mois. Enfin, des modèles statistiques multivariés ont été réalisés pour tester la significativité des résultats en contrôlant pour l'âge, le genre et le niveau d'éducation des participants.

3.6. BIAIS POTENTIELS

Cette étude présente un certain nombre de limites et biais potentiels :

- Nous pouvons étudier l'évolution de la santé physique, mentale et sociale des personnes infectées par le COVID-19, mais pas les comparer à un groupe témoin de la population générale car la cohorte ne comprend que des personnes infectées par le COVID-19. Ceci est une limite car la crise de la COVID-19 affecte également la santé physique, mentale et sociale de la population en générale.
- Un biais de sélection peut survenir lors de la phase de recrutement car certaines personnes n'ont pas de GSM, elles n'auront donc pas accès au lien par SMS du premier questionnaire. Aussi, en 2020, encore 10% de la population en Belgique n'a pas accès à une connexion internet. Le manque d'accès varie selon l'âge, la région, le revenu, etc. De plus, certaines personnes peuvent ne pas avoir les compétences nécessaires pour répondre par Internet. Ainsi, l'échantillon serait initialement biaisé en faveur des personnes plus jeunes ou ayant un statut socio-économique plus élevé, avec une sous-représentation des personnes plus âgées ou avec un statut socioéconomique plus faible. Un biais de sélection peut aussi survenir en fonction de l'intention des personnes de participer à l'étude (ex : les personnes souffrant de symptômes aigus et/ou persistants de la COVID-19 peuvent être plus susceptibles de participer que les personnes asymptomatiques).
- Un biais lié aux participants perdus de vue (qui ne répondent plus aux questionnaires ou qui quittent l'étude) peut survenir car les personnes qui présentent des symptômes de la COVID de longue durée sont plus susceptibles de continuer à participer et les personnes perdues de vue pourraient plus vraisemblablement être des participants qui n'ont pas / plus de symptôme de la COVID-19, ou au contraire des personnes décédées.
- Les symptômes du COVID de longue durée sont auto-déclarés par les personnes qui complètent les questionnaires. Cette mesure est donc subjective et la présence ou non des symptômes n'est pas attestée par un professionnel de la santé.

4. La COVID de longue durée

4.1. DÉFINITION DE LA COVID DE LONGUE DURÉE

Actuellement, il n'y a pas de définition consensuelle de la COVID de longue durée et les personnes qui en souffrent présentent différents symptômes qui peuvent avoir des causes multiples. Cependant, la définition utilisée influence fortement les résultats des études, y compris de ce rapport.

Nous disposons de plusieurs variables pour tenter d'identifier les personnes présentant un COVID de longue durée : (1) déclarer un ou des symptômes lié(s) à l'infection au COVID-19 trois mois après celle-ci [1], (2) se sentir remis(e) du COVID-19 trois mois après l'infection, (3) être diagnostiqué d'un COVID de longue durée par un professionnel de la santé. Voici un résumé des résultats de ces trois variables :

- Au total 47% des individus déclarent après 3 mois encore avoir **au moins un symptôme** lié à leur infection au COVID-19.
- Au total 34% des individus déclarent après 3 mois encore avoir **au moins deux symptômes** lié à leur infection au COVID-19.
- Trois mois après l'infection au COVID-19, 3% des personnes ne se sentent pas du tout remises du COVID-19, 6% pas trop remises, 9% ni oui ni non, 25% plutôt oui, et 56% tout à fait remises.
- Trois mois après l'infection au COVID-19, 26% des personnes ont été diagnostiqué d'un COVID de longue durée par un professionnel de la santé

Parmi les guides de pratique clinique actuels du COVID de longue durée, ceux du NICE (National Institute for Health and Care Excellence) sont fortement utilisés (NICE, 2020). Ce guide définit la COVID de longue durée ou « Syndrome post-COVID-19 » de la manière suivante : les symptômes persistent ou se développent après plus de 3 mois et ne peuvent être expliqués par un autre diagnostic. Ces symptômes (ou groupes de symptômes) peuvent varier au fil du temps et concerner n'importe quel organe ou partie du corps.

Sur base du NICE, nous avons choisi de travailler avec la définition suivante de la COVID de longue durée : Présenter **au moins un symptôme** lié à l'infection au COVID-19 trois mois après celle-ci. Selon cette définition, 47% de notre échantillon présente un COVID de longue durée. Cette définition sera utilisée dans ce rapport pour identifier les personnes souffrant du syndrome de la COVID de longue durée.

Le pourcentage de personnes souffrant du COVID de longue durée estimé dans cette étude représente une incidence cumulée des nouveaux cas de COVID de longue durée pendant la période étudiée : parmi les participants infectés à la COVID-19 entre le 30/04/2021 et le 20/06/21, 47% vont déclarer un COVID de longue durée 3 mois après leur infection, c'est à dire entre le 02/08/2021 et le 22/09/2021.

[1] Liste des symptômes potentiels du COVID long inclus dans le questionnaire : Confusion, Constipation et/ou diarrhée, Difficulté à parler ou à communiquer Bourdonnements d'oreilles, Difficultés respiratoires, Douleurs abdominales, Douleurs articulaires, Douleurs musculaires, Douleurs thoraciques, Fatigue ou épuisement, Gonflements (œdème), Incontinence, Malaise général, Maux de tête, Palpitations du cœur, Perte de l'odorat, Perte de l'appétit, Perte de poids, Perte du goût, Picotements ou engourdissement, Problèmes cutanés, Problèmes de déglutition, Problèmes de vision, Toux persistante, T rouble du sommeil, Troubles de la mémoire / concentration, Vertige / Étourdissement

4.2. PROFIL DES INDIVIDUS

Le Tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques et de santé de la cohorte et ainsi que la proportion de personnes ayant développé un COVID long au cours de la période de suivi selon ces caractéristiques.

La cohorte de participants est majoritairement composée de personnes entre 26 et 45 ans (48%), de femmes (63%) et de personnes avec un diplôme de l'enseignement supérieur (62%). Au total, 8% des participants présentent un antécédent de maladie chronique, 41% ont un poids normal, 91% ont déclaré des symptômes en phase aigüe de l'infection COVID-19, 3% ont été hospitalisé suite à leur infection et 75% n'avaient pas encore reçu une dose de vaccin au moment de leur infection (entre avril et juin 2021).

- L'âge n'est pas significativement associé au risque de présenter un COVID de longue durée
- Les femmes sont significativement plus à risque que les hommes de présenter un COVID de longue durée. Parmi les femmes infectées, 52% déclarent souffrir du COVID de longue durée 3 mois après leur infection, en comparaison à 41% des hommes
- Les personnes avec un niveau d'éducation plus faible sont significativement plus à risque que les personnes avec niveau d'éducation supérieur de présenter un COVID de longue durée. Chez les personnes avec un diplôme du secondaire ou inférieur, 50% déclarent souffrir du COVID de longue durée 3 mois après l'infection, en comparaison à 46% des personnes avec un diplôme de l'enseignement supérieur
- Les personnes avec un antécédent de maladie chronique sont significativement plus à risque de présenter un COVID de longue durée : 60% des personnes avec un antécédent de maladie chronique déclarent souffrir du COVID de longue durée 3 mois après l'infection, en comparaison à 47% des personnes n'ayant pas d'antécédent
- Les personnes en situation d'obésité et les personnes en surpoids sont significativement plus à risque de présenter un COVID de longue durée en comparaison aux personnes avec un poids normal. Les proportions de COVID de longue durée dans ces trois groupes sont respectivement de 52%, 49% et 45%
- Le fait d'avoir au moins un symptôme de la COVID-19 en phase aigüe de l'infection est un facteur de risque de COVID de longue durée. Chez les personnes présentant au moins un symptôme en phase aigüe, 50% déclarent souffrir du COVID de longue durée 3 mois après l'infection, en comparaison à 24% chez les autres
- Le fait d'avoir été hospitalisé suite à l'infection au COVID-19 n'est pas un facteur de risque de COVID de longue durée
- Le nombre de doses de vaccins COVID-19 au moment de l'infection n'est pas significativement associé au risque de présenter un COVID de longue durée

Tableau 1. **Caractéristiques sociodémographiques et de santé de la cohorte et proportion de personnes ayant développé un COVID de longue durée au cours de la période de suivi**

	% de la cohorte (N=1658)	% COVID de longue durée	RR (IC95%) *
Age			
18-25	13%	45%	REF
26-45	48%	49%	1,06 (0,92-1,23)
46-65	36%	49%	1,07 (0,91-1,25)
66+	3%	39%	0,90 (0,62-1,31)
Sexe			
Hommes	37%	41%	REF
Femmes	63%	52%	1,27 (1,15-1,41)
Niveau d'éducation			
Diplôme du secondaire ou inférieur	38%	50%	1,10 (1,05-1,37)
Diplôme de l'enseignement supérieur	62%	46%	REF
Antécédents de maladies chroniques avant l'infection au COVID-19			
Oui	8%	60%	1,21 (1,05-1,37)
Non	92%	47%	REF
Indice de masse corporelle, BMI :			
Poids normal, BMI 18,5-24,9	41%	45%	REF
Surpoids, BMI 25-29,9	35%	49%	1,35 (1,02-1,26)
Obésité, BMI ≥30	24%	52%	1,48 (1,12-1,73)
Avoir au moins un symptôme de la COVID-19 en phase aigüe de l'infection			
Oui	91%	50%	1,83 (1,41-2,38)
Non	9%	24%	REF
Hospitalisation suite à l'infection COVID- 19			
Oui	3%	69%	1,01 (0,99-1,01)
Non	97%	50%	REF
Doses de vaccin COVID-19 au moment de l'infection (entre avril et juin 2021)			
0	75%	49%	REF
1	20%	46%	0,99 (0,89-1,11)
2	5%	44%	0,95 (0,81-1,12)

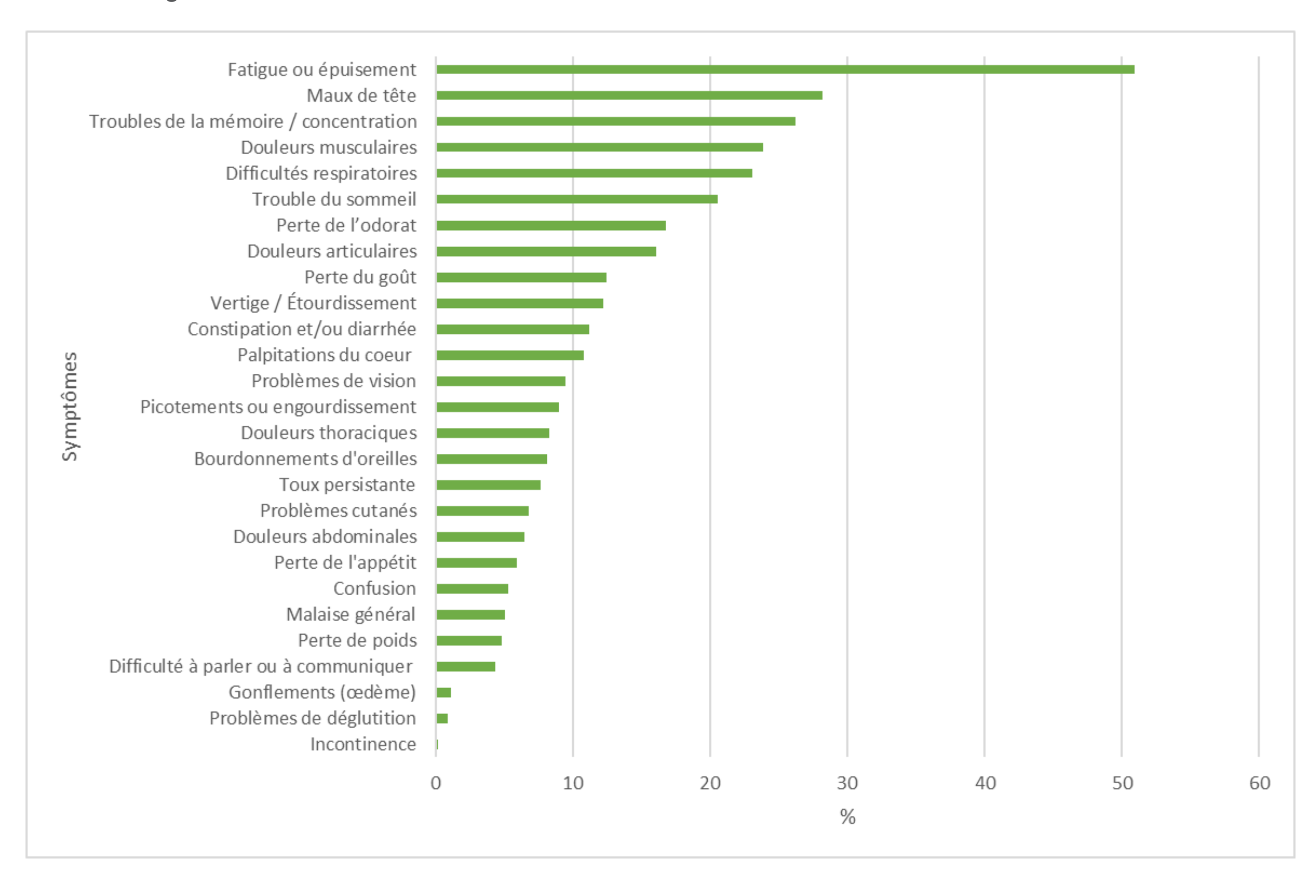
* Sur base d'une régression logistique multivariée

4.3. SYMPTOMES LES PLUS FRÉQUENTS DE LA COVID DE LONGUE DURÉE

La Figure 2 présente les symptômes auto-déclarés les plus fréquents chez les personnes présentant un COVID de longue durée.

- Au total, 50% des personnes présentant un COVID de longue durée ont au moins 3 différents symptômes 3 mois après leur infection au COVID-19
- La fatigue ou l'épuisement sont présents chez 51% des personnes souffrant d'un COVID de longue durée
- Les autres symptômes les plus fréquents sont les maux de tête (28%), les troubles de la mémoire et concentration (26%), les douleurs musculaires (24%), les difficultés respiratoires (23%), et les troubles du sommeil (20%)

Figure 2. Distribution des symptômes 3 mois après l'infection chez les personnes présentant un COVID-19 de longue durée



5. La qualité de vie liée à la santé

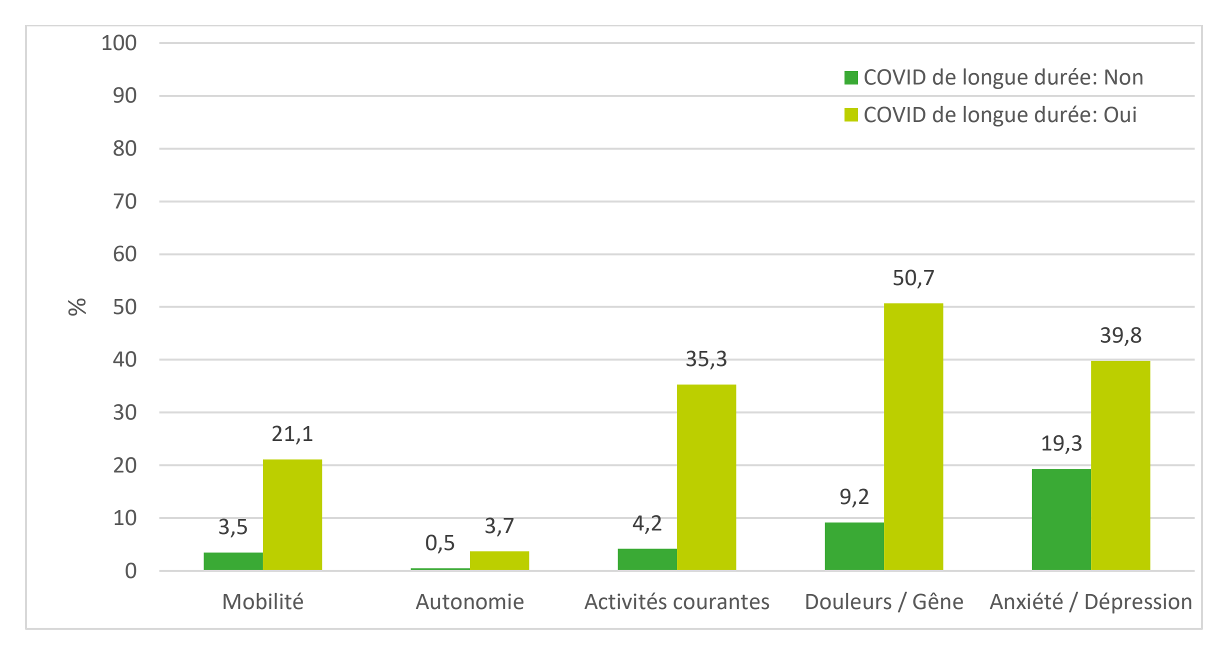
La qualité de vie liée à la santé (QdVS) a été mesurée au moyen du questionnaire EQ-5D développé par le groupe européen EuroQol Group[2]. C'est un questionnaire simple et rapide qui permet d'évaluer l'impact de l'état de santé sur la qualité de vie selon 5 dimensions : (1) la mobilité, (2) l'autonomie personnelle, (3) l'accomplissement des activités courantes, (4) la douleur/gêne et (5) l'anxiété/dépression. Chaque dimension a cinq niveaux de réponse. Sur la base des réponses relatives aux cinq dimensions, il est possible d'attribuer à chaque répondant un score de QdVS où 100 représente la meilleure QdVS possible.

5.1. DIMENSIONS DE QUALITÉ DE VIE

La Figure 3 présente le pourcentage de personnes ayant eu une infection Covid-19 et qui rapportent des problèmes légers à extrêmes 3 mois après l'infection selon les 5 dimensions QdVS et le statut COVID de longue durée. Ces indicateurs séparent donc dans chaque dimension les personnes qui n'ont aucun problème de ceux qui déclarent des problèmes légers à extrêmes.

- Dans les 5 dimensions QdVS la proportion de personnes qui rapportent des problèmes est significativement plus élevée dans le groupe présentant un COVID de longue durée. Ce résultat reste significatif en contrôlant pour l'âge, le genre et le niveau d'éducation des participants
- 51% des personnes présentant un COVID de longue durée rapportent des problèmes dans la dimension de « douleurs / gêne » et ce chiffre est de 40% pour la dimension « anxiété / dépression »

Figure 3. **Pourcentage des personnes ayant eu une infection Covid-19 et qui rapportent des problèmes légers à extrêmes 3 mois après l'infection par dimension de qualité de vie et statut COVID de longue durée**



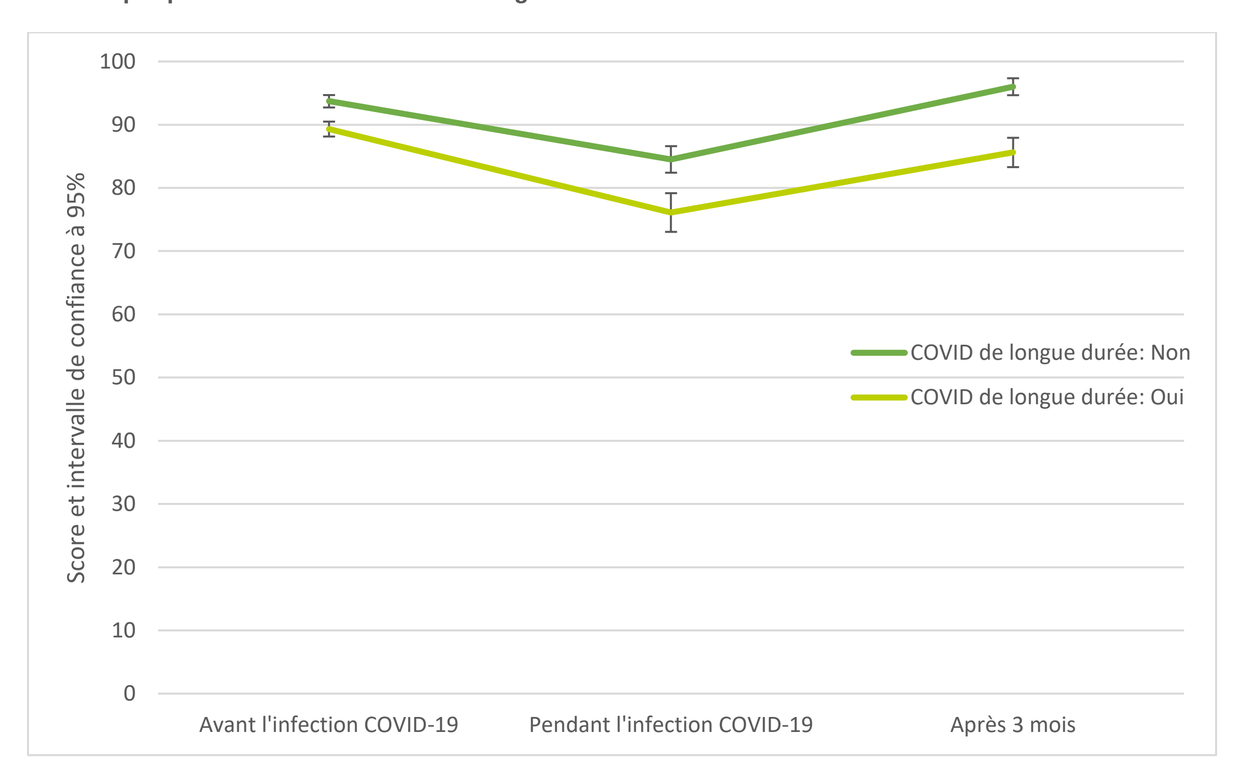
[2] http://www.euroqol.org/

5.2. SCORE MOYEN DE QUALITÉ DE VIE

La Figure 4 présente l'évolution du score moyen de QdVS chez les personnes présentant un COVID de longue durée et chez les personnes ne présentant plus de symptôme à 3 mois, pour trois périodes distinctes : (1) avant l'infection au COVID-19, (2) pendant la phase aigüe , (3) 3 mois après l'infection. En 2018, le score de QdVS moyen au sein de la population belge âgée de 15 ans et plus était de 84/100 (Van Wilder et al., 2021).

- Le score moyen de QdVS est significativement moins élevé chez les personnes présentant un COVID de longue durée dans les trois périodes d'observation. Ce résultat reste significatif en contrôlant pour l'âge, le genre et le niveau d'éducation des participants
- Dans les deux groupes le score moyen de QdVS diminue significativement pendant la phase aigüe de l'infection puis augmente après 3 mois. Pour les deux groupes, le score de QdVS 3 mois après l'infection au COVID-19 n'est pas significativement différent du score avant l'infection. Ces résultats restent significatifs en contrôlant pour l'âge, le genre et le niveau d'éducation des participants
- L'écart du score de QdVS entre les deux groupes augmente avec le temps : (1) 4,4 avant l'infection, (2) 8,4 pendant la phase aigüe, (3) 10.4 après 3 mois

Figure 4. Evolution du score de qualité de vie liée à la santé parmi les personnes ayant eu une infection COVID-19 par période et statut COVID de longue durée



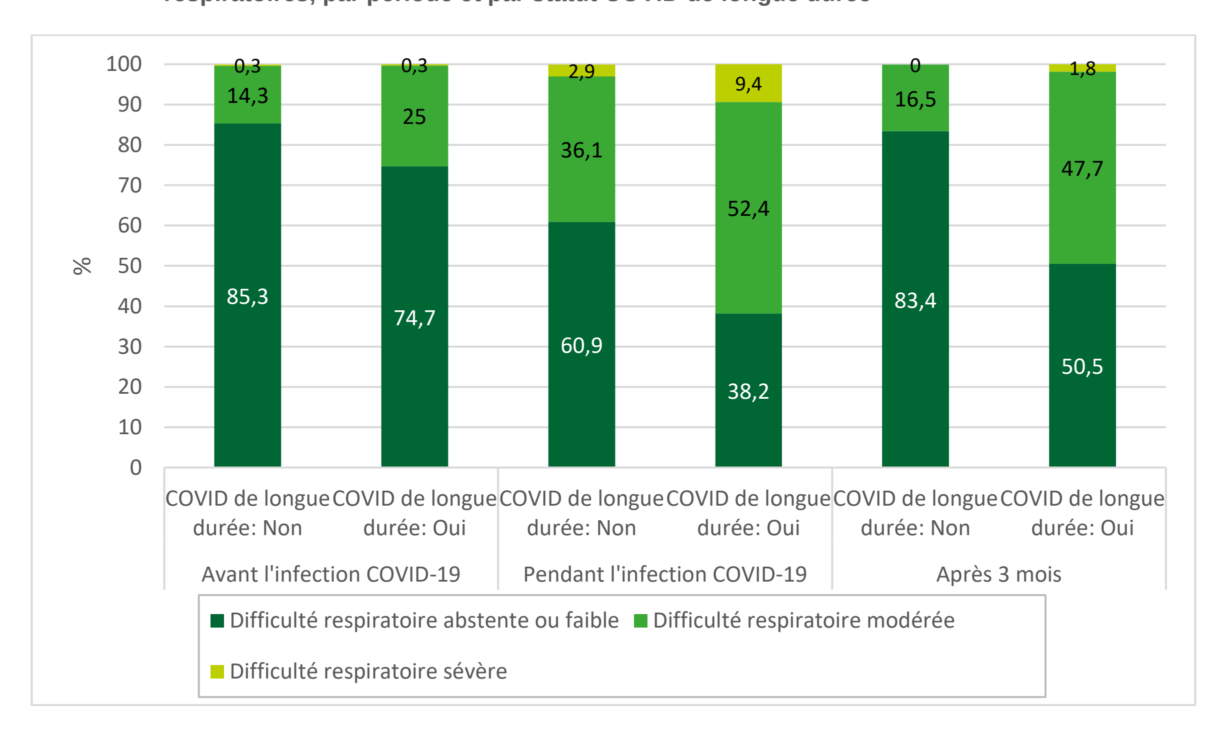
6. Les difficultés respiratoires

Les difficultés respiratoires (dyspnée) ont été mesurées au moyen du questionnaire *Medical Research Council (MRC) dyspnea scale*[3]. Ce questionnaire permet d'évaluer le degré de sévérité des difficultés respiratoires sur 5 niveaux et d'identifier 3 groupes : (1) les personnes sans difficulté respiratoire ou avec une difficulté respiratoire faible, (2) les personnes avec une difficulté respiratoire modérée, (3) les personnes avec une difficulté respiratoire sévère.

La Figure 5 présente pour les différentes périodes d'observation la proportion d'individus dans les trois catégories de difficulté respiratoire et compare les personnes présentant un COVID de longue durée avec les personnes ne présentant plus de symptôme 3 mois après leur infection.

- Trois mois après l'infection au COVID-19, la proportion de personnes infectées ayant des difficultés respiratoires modérées et sévères est significativement plus élevée chez les personnes présentant un COVID de longue durée : 48% des personnes ayant un COVID long présentent une difficulté respiratoire modérée et 2% une difficulté sévère versus 17% et 0% dans l'autre groupe. Ce résultat reste significatif en contrôlant pour l'âge, le genre et le niveau d'éducation des participants
- Les personnes présentant un COVID de longue durée sont plus nombreuses à présenter des difficultés respiratoires modérées et sévères 3 mois après l'infection (respectivement 48% et 2%) que avant l'infection (25% et 0,3%)
- Chez les personnes ne présentant pas de COVID de longue durée, la répartition des catégories de difficulté respiratoire est comparable 3 mois après l'infection au COVID-19 à la situation avant l'infection

Figure 5. Distribution des personnes ayant eu une infection COVID-19 selon la sévérité des difficultés respiratoires, par période et par statut COVID de longue durée



3 https://mrc.ukri.org/research/facilities-and-resources-for-researchers/mrc-scales/mrc-dyspnoea-scale-mrc-breathlessness-scale/

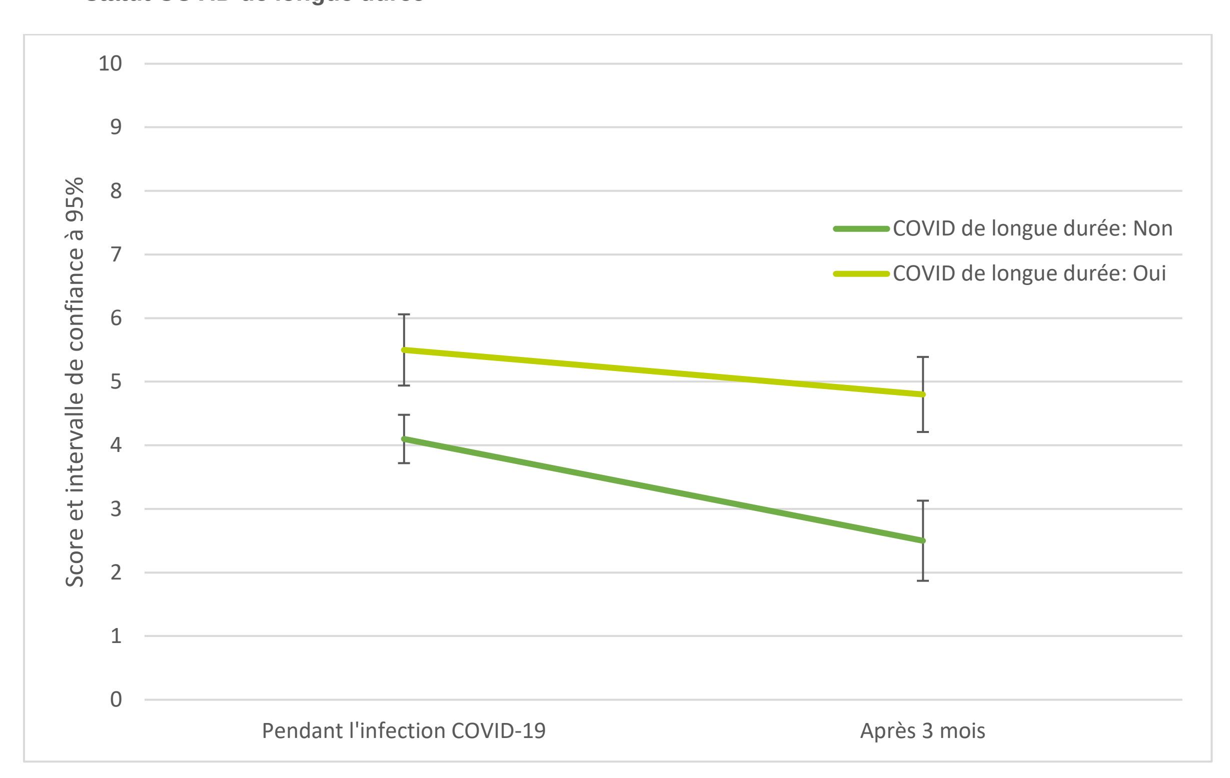
7. La fatigue

La fatigue ressentie au cours des dernières 24 heures a été mesurée au moyen d'une échelle analogique allant de 0 à 10, 0 représentant aucune fatigue et 10 un sentiment d'épuisement total.

La Figure 6 présente le score moyen de fatigue au moment de la phase aigüe de l'infection au COVID-19 et 3 mois après, et compare les personnes présentant un COVID de longue durée avec les personnes ne présentant plus de symptôme après 3 mois.

- Le score moyen de fatigue est significativement plus élevé chez les personnes présentant un COVID-19 de longue durée, et ceci pendant la phase aigüe de l'infection (5,5 vs. 4,1 chez les personnes ne présentant plus de symptôme après 3 mois) et 3 mois après (4,8 vs. 2,5). Ce résultat reste significatif en contrôlant pour l'âge, le genre et le niveau d'éducation des participants
- L'écart du score moyen de fatigue entre les deux groupes est plus grand 3 mois après l'infection qu'au moment de la phase aigüe de l'infection au COVID-19. Avec le temps, le score de fatigue diminue de -0,7 chez les personnes présentant un COVID de longue durée et il diminue de -1,6 chez les autres

Figure 6. **Evolution du score de fatigue parmi les personnes ayant eu une infection COVID-19 par période et statut COVID de longue durée**



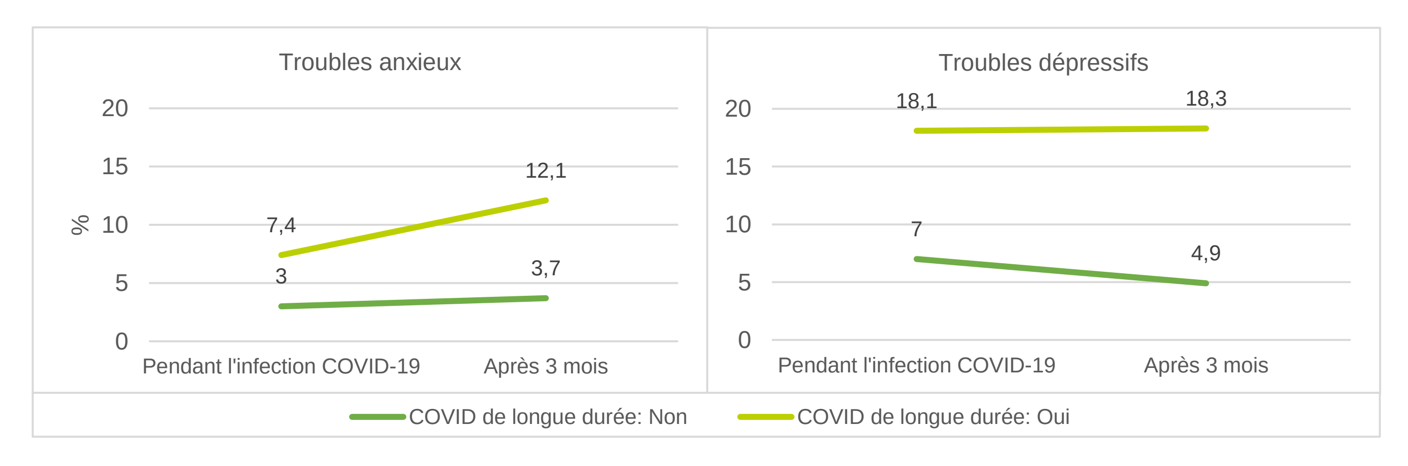
8. La santé mentale (anxiété et dépression)

Comme dans les enquêtes de santé belge, le GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder) est utilisé pour évaluer le trouble de l'anxiété généralisée et le PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) pour évaluer les troubles dépressifs (incluant la dépression majeure et d'autres formes de dépression)[4]. En 2018 au sein de la population belge âgée de 15 ans et plus la prévalence des troubles anxieux était de 11% et celle des troubles dépressifs de 9,5% (Gisle et al., 2020). La pandémie de COVID-19 a exacerbé ces problématiques. La première enquête de santé COVID-19 (mars 2020) avait mis en avant une prévalence de 23% des troubles anxieux et 20% des troubles dépressifs au sein de la population adulte belge (18 ans et plus).

La Figure 8 présente la prévalence des troubles anxieux et des troubles dépressifs au moment de l'infection au COVID-19 et 3 mois après, et compare les personnes présentant un COVID de longue durée des personnes ne présentant plus de symptôme après 3 mois.

- La prévalence des troubles anxieux et des troubles dépressifs est significativement plus élevée chez les personnes présentant un COVID de longue durée, et ceci pendant la phase aigüe de l'infection et 3 mois après. Ces résultats restent significatifs en contrôlant pour l'âge, le genre et le niveau d'éducation des participants
- Trois mois après l'infection au COVID-19, la prévalence des troubles anxieux est de 12% chez les personnes présentant un COVID de longue durée et 4% chez les personnes n'ayant pas de COVID de longue durée. Au cours de la période de suivi, la prévalence des troubles anxieux a augmenté de +4,7 points de pourcentage chez les personnes présentant un COVID de longue durée et de +0,7 points de pourcentage chez les personnes n'ayant pas de COVID de longue durée
- La prévalence des troubles dépressifs est de 18% chez les personnes présentant un COVID de longue durée et 5% chez les personnes n'ayant pas de COVID de longue durée. Au cours de la période de suivi, la prévalence des troubles dépressifs a augmenté de +0,2 points de pourcentage chez les personnes présentant un COVID de longue durée et a diminué de -2,1 points de pourcentage chez les personnes n'ayant pas de COVID de longue durée

Figure 7. **Pourcentage des personnes ayant eu une infection COVID-19 et présentant des troubles anxieux et des troubles dépressifs au moment de la phase aigüe de l'infection au COVID-19 et 3 mois après l'infection, par statut COVID de longue durée.**

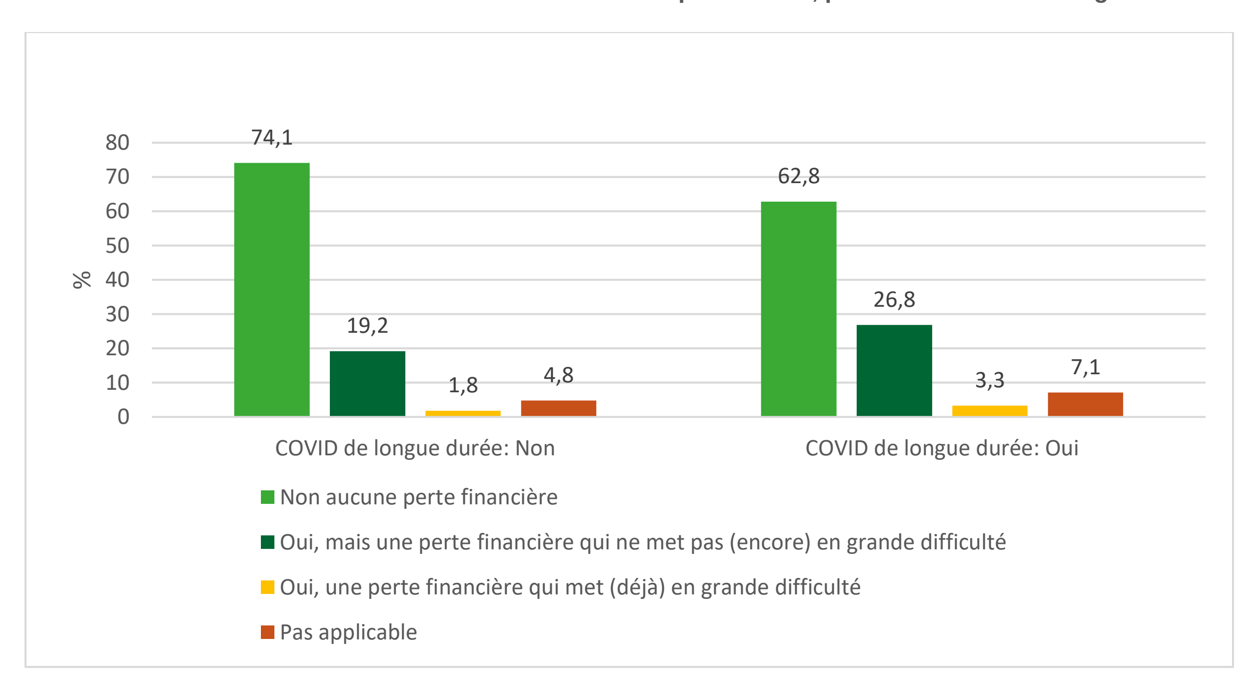


4 https://www.phqscreeners.com/

9. Le statut d'emplois et la situation économique

- Chez les personnes présentant un COVID de longue durée, 5% rapportent un changement dans leur statut professionnel depuis leur infection au COVID-19 en comparaison à 2% chez les personnes ne présentant plus de symptôme après 3 mois.
- Chez les personnes présentant un COVID de longue durée, 80% rapportent avoir été en arrêt maladie (de travail ou des études) suite à leur infection COVID-19 en comparaison à 63% des personnes ne présentant plus de symptôme après 3 mois.
- Le nombre moyen de jours d'arrêt maladie à cause de l'infection au COVID-19 était de 20 jours chez les personnes présentant un COVID de longue durée et de 13 jours chez les personnes ne présentant plus de symptôme après 3 mois.
- La proportion de personnes rapportant une perte financière modérée et sévère est plus élevée chez les personnes présentant un COVID de longue durée (Figure 9) : 27% rapportent une perte financière modérée et 3% une perte financière sévère, en comparaison à 19% et 2% dans l'autre groupe.

Figure 8. Pourcentage des personnes ayant eu une infection COVID-19 et déclarant des conséquences financières dues à l'état de santé lié au COVID-19 après 3 mois, par statut COVID de longue durée



10. Références

Fernández-de-Las-Peñas, C., Palacios-Ceña, D., Gómez-Mayordomo, V., Florencio, L. L., Cuadrado, M. L., Plaza-Manzano, G., & Navarro-Santana, M. (2021). Prevalence of post-COVID-19 symptoms in hospitalized and non-hospitalized COVID-19 survivors: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Internal Medicine*, *92*, 55–70. https://doi.org/10.1016/j.ejim.2021.06.009

Gisle, L., Drieskens, S., Demarest, S., & Van der Heyden, J. (2020). *Santé mentale: Enquête de santé 2018. Principaux résultats. Bruxelles, Belgique: Sciensano ; Numéro de rapport: D/2020/14.440/3. Disponible en ligne: Www.enquetesante.be*. 21.

Marshall, M. (2020). The lasting misery of coronavirus long-haulers. *Nature*, *585*(7825), 339–341. https://doi.org/10.1038/d41586-020-02598-6

NICE. (2020). *COVID-19 rapid guideline: Managing the long-term effects of COVID-19*. *The National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*, 35.

Van Wilder, L., Charafeddine, R., Beutels, P., Bruyndonckx, R., Cleemput, I., Demarest, S., De Smedt, D., Hens, N., Scohy, A., Speybroeck, N., Van der Heyden, J., Yokota, R. T. C., Van Oyen, H., Bilcke, J., & Devleesschauwer, B. (2021). Belgian population norms for the EQ-5D-5L, 2018. *Quality of Life Research*. https://doi.org/10.1007/s11136-021-02971-6

CONTACT

Pierre Smith • T+32 2 642 57 39 • pierre.smith@sciensano.be

POUR PLUS D'INFORMATIONS

–

Rendez-vous sur notre site web >www.sciensano.be ou contactez-nous à l'adresse >info@sciensano.be

Sciensano • Rue Juliette Wytsman 14 • Bruxelles • Belgique • T + 32 2 642 51 11 • T presse + 32 2 642 54 20 • info@sciensano.be • www.sciensano.be

Éditeur responsable : Christian Léonard, Directeur général • Rue Juliette Wytsman 14 • Bruxelles • Belgique • D/2021/14.440.84